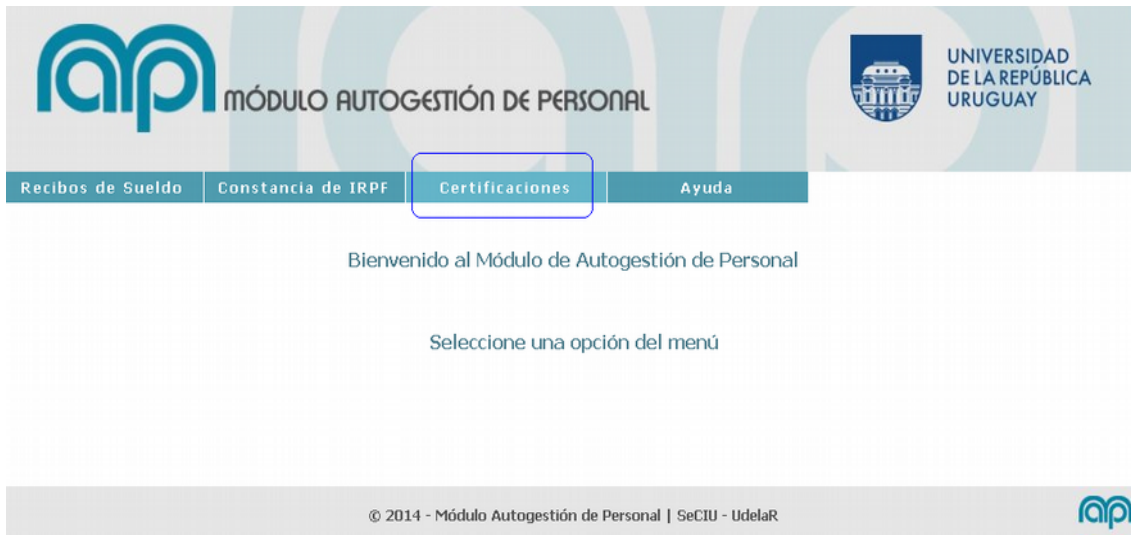


## INSTRUCTIVO PARA EL INGRESO DE SOLICITUDES DE CERTIFICACIONES MÉDICAS AL MAP

Cuando un funcionario pide certificación médica además de poder llamar por teléfono o enviar correo a [certifica@dus.edu.uy](mailto:certifica@dus.edu.uy) los fines de semana o feriados.

Ahora puede ingresar en el sistema de Módulo de Auto-Gestión de Personal  
Debe ingresar a <https://map.udelar.edu.uy>



El funcionario debe ingresar con su usuario y contraseña

 UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

**Username**

**Password**

Don't Remember Login

[> Forgot your password?](#)

[> Need Help?](#)

Al ingresar la C.I. en el sistema trae la siguiente información: nombre, apellido, sexo, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono, celular.

El resto de la información deberá ser ingresada por el funcionario

Si el funcionario trabajara en mas de un Servicio o Facultad, deberá marcarlos.

(\*) indica campos obligatorios.

**Datos de la solicitud**

Documento: 46420208  
Nombres: ANALIA ALEXANDRA  
Apellidos: RECOBA CABRERA  
Sexo: FEMENINO  
Fecha de nacimiento: 24/11/1989

\* Servicios:  
 Apeso-Cerro  
 Bienestar Universitario  
 Centro Universitario de Rivera  
 Centro Universitario de Tacuarembó  
 CSIC  
 CURE Maldonado  
 Escuelas de Formación  
 ISEF  
 Liberal Norte - Paysandú  
 Oficinas Centrales  
 SECIU

\* Notificar a supervisor de SECIU: mesadeayuda@seciu.edu.uy  
(Si desea Ingresar más de un mail, estos deberán estar separados por punto y coma)

\* Tipo de solicitud: Nueva  
\* Motivo: Médico  
\* Tipo de certificación: Domicilio  
\* Fecha inicio de certificación: 01/03/2016

Observaciones:

**Datos de la ubicación**

Ingrese la dirección donde concurrirá el médico certificador

\* Departamento: MONTEVIDEO  
\* Localidad: MONTEVIDEO  
\* Barrio: Abayubá  
\* Calle: Cmno Berrutti casi Cmno  
\* Entre: gh y fgdfg  
\* Número: 124 Apto: 1445 Piso: 2  
Manzana: Solar: Torre: Block:  
Otra información:

**Datos de contacto**

Teléfono de contacto: 24083901  
Celular: 098175774  
Mail: analia.recoba@seciu.edu.uy

**Cargos del funcionario**

Categoría: Becario Escalafón: X.0.01 Grado: 1 Horas: 30.0 Denominación: BECARIO

Su solicitud ha sido enviada correctamente.

Reset

En el momento que el usuario envía la solicitud de pedido médico por el **MAP**, la misma queda ingresada automáticamente al sistema de certificaciones médicas en el nivel de la **DUS**

Vista de Solicitud					
Identificador:	00103-16				
Servicio:	SECIU				
Tipo de solicitud:	NUEVA				
Motivo:	Médica				
Tipo de certificación:	Domicilio				
Corresponde entidad certificadora:	Si				
Ubicación:	Departamento: MONTEVIDEO		Localidad: MONTEVIDEO	Barrio: Belvedere	
	Dirección: Francisco Luis 614				
	Esquina Gonzalez Padrón				
Cargos:	Categoría: No Docente	Escalafón: D.2.3	Grado: 8	Horas: 40,0	Denominación: Especialista Intermedio I
Fecha solicitud:	01/03/2016				
Hora:	11:24 AM				
Canal de Entrada:	WEB				
Fecha inicio solicitud:	01/03/2016				
Estado:	Pendiente				
Creador:	USUARIO WEB				
Grupo:	DUS - SECIU				
Asignado a:	N/A				
Observaciones:					

Datos de Solicitante	
Documento:	17504352
Hombre:	ELIZABETH JACQUELINE
Apellido:	VAZQUEZ BOCCHI
Fecha de nacimiento:	11/03/1960
Sexo:	FEMENINO
Correo:	elizabeth.vazquez@seciu.edu.uy
Celular:	091214534

Archivos Adjuntos (0)	
-----------------------	--

El sistema automáticamente, envía un correo a:

- 1 - Al superior del funcionario.
- 2 - A Sección Personal
- 3 - Y al solicitante

Estimado destinatario/a:

Se ha ingresado al Sistema de Certificaciones Médicas una solicitud para el funcionario/a: ELIZABETH JACQUELINE VAZQUEZ BOCCHI con las siguientes características:

- Tipo de Certificación: Domicilio.
- Motivo de la Certificación: Médica.

Dicha solicitud fue ingresada al Sistema con el número 00103-16.

Por consultas por favor dirjase a [personal@seciu.edu.uy](mailto:personal@seciu.edu.uy)

Gracias

Este correo fue generado por un proceso automático del Sistema de Certificaciones Médicas de la Universidad de la República.

## Radio de Canelones y San José - Área permitida para la Certificación

Cuando el funcionario ingrese el formulario por el MAP, si vive en Canelones o San José podrá informarse cual es el **RADIO** al que concurre la entidad certificadora.

### Radio de Canelones

Ingrese la dirección donde concurrirá el médico certificador

\* Departamento: **CANELONES**

\* Localidad: LA FLORESTA

\* Barrio: Seleccione barrio...


\* Calle: Juan Arteaga

\* Entre: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

\* Número: 4023 Apto: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Manzana: \_\_\_\_\_ Solar: \_\_\_\_\_ Torre: \_\_\_\_\_ Block: \_\_\_\_\_

Otra información: \_\_\_\_\_

\* ¿Corresponde entidad certificadora? Seleccione entidad c 

**Área permitida para las certificaciones** cerrar X

La entidad certificadora deberá concurrir a su domicilio o al centro de internación, cuando se encuentre en el siguiente radio:

- Ciudad de la Costa (entre la Rambla, Ruta Nº 10, Avenida de las Américas, Arroyo Carrasco, Rutas 101 y 102 hasta Ruta Nº 8 - Arroyo Pando)

Si la dirección indicada está dentro del radio indicado responda **Si**, en caso contrario responda **No**.

Email: [enzapen.vazquez@secu.edu.uy](mailto:enzapen.vazquez@secu.edu.uy)

**Cargos del funcionario**

Categoría: No docente    Escalafón: D.2.03    Grado: 8    Horas: 40.0    Denominación: Especialista Intermedio I

## Radio de San José - Área permitida para la Certificación

**Datos de la ubicación**

Ingrese la dirección donde concurrirá el médico certificador

\* Departamento:

\* Localidad:

\* Barrio:

\* Calle:

\* Entre:  y

\* Número:  Apto:  Piso:

Manzana:  Solar:  Torre:  Block:

Otra información:

\* ¿Corresponde entidad certificadora?

**Datos de contacto**

**Área permitida para las certificaciones** [cerrar X](#)

La entidad certificadora deberá concurrir a su domicilio o al centro de internación, cuando se encuentre en el siguiente radio:

- Ciudad del Plata hasta el km. 36 de la Ruta N°1

Si la dirección indicada está dentro del radio indicado responda **Si**, en caso contrario responda **No**.

Categoría: No docente    Escalafón: D.2.03    Grado: 8    Horas: 40.0    Denominación: Especialista Intermedio I

# Solicitudes con PASE a DUS

Verificar, con el funcionario si esta solicitud es consecuencia de la anterior. Porque dependiendo de su patología tiene que ser certificada por los Médicos de la DUS.


**El funcionario tiene una licencia con diagnóstico 'Pase a DUS' en los últimos 7 días**

Documento: 34395192 🔍  
Nombre: LUIS CRISTIAN  
Apellido: VELJACIC PEREZ  
Sexo: MASCULINO  
Fecha de nacimiento: 18/08/1972  
Email: pascalito2007@gmail.com  
Teléfono: 22150183  
Celular: 092965356

## Notificación a un Supervisor

Notificar a: mesadeayuda@seciu.edu.uy  
(Si desea ingresar más de un mail, estos deberán estar separados por coma)

**ATENCIÓN**

 La certificación inmediata anterior de este funcionario fue informada con un Pase a la DUS. Verifique que el motivo de esta licencia corresponde a una licencia Médica común.

[Aceptar](#)

## Descripción de la solicitud

Tipo de solicitud: NUEVA ▼  
Canal de entrada: TELÉFONO ▼  
Motivo: Médica ▼  
Tipo de certificación: Seleccione tipo de certificación... ▼  
Fecha inicio solicitud: 08/03/2016 📅

### Cargos

Categoría: No Docente    Escalafón: C.0.1    Grado: 7    Horas: 40.0    Denominación: Administrativo III